

.....
Pieczęć ZOZ lub NZOZ

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY /NEUROLOGA- o ile dotyczy/*
DLA OSOBY UBIELAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE DO ŚRODOWISKOWEGO DOMU
SAMOPOMOCY**

Imię i nazwisko

Wiek

Adres zamieszkania /pobytu/

1. Szczegółowa diagnoza psychiatryczna:

a).....
.....
.....

b) - osoba upośledzona umysłowo* **TAK** **NIE**

- stopień upośledzenia*(jeśli dotyczy).....

- osoba wykazująca inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych* **TAK** **NIE**

- inne

2. Przebieg leczenia:

a) data pierwszej hospitalizacji:, b) data ostatniej hospitalizacji:.....

c) liczba hospitalizacji:, d) łączny czas hospitalizacji:.....

e) główne powody hospitalizacji:

3. Opis aktualnego stanu zdrowia psychicznego osoby badanej i prognoza stanu zdrowia:

.....
.....
.....

4. Charakterystyczne cechy funkcjonowania osoby ubiegającej się o skierowanie do środowiskowego domu samopomocy:

.....
.....
.....

5. Czy istnieją przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach domu: * **TAK** **NIE**

6. Od kiedy osoba pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)

7. Uwagi uzupełniające i zalecenia lekarza:

.....
(podpis i pieczęć lekarza psychiatry/neurologa*)